

**Выводы.** При стратификации пациента в группу низкого риска сохраняется риск прогрессирования даже после проведенного радикального лечения. Следовательно, в реалиях существующих диагностических возможностей дополнительное воздействие на предстательную железу у данной группы пациентов оправдано, однако должно сочетать хорошую онкологическую эффективность и высокий уровень безопасности. Брахитерапия высокой мощностью дозы в монорежиме характеризуется хорошими отдаленными онкологическими результатами и отсутствием выраженных побочных эффектов. Таким образом, данный метод может быть рекомендован для пациентов, страдающих раком предстательной железы группы низкого риска прогрессирования

**Литература:**

1. Intermediate and longer-term outcomes from a prospective active-surveillance program for favorable-risk prostate cancer / J.J. Tosoian [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2015. – Vol. 33, № 33. – P. 3379–3379.
2. Watchful waiting and quality of life among prostate cancer survivors in the Physicians' Health Study / J.L. Kasperzyk [et al.] // Journal of Urology. – 2011. – Vol. 186, №5. – P. 1862–1867.
3. Prospective study of determinants and outcomes of deferred treatment or watchful waiting among men with prostate cancer in a nationwide cohort / W.V. Shappley [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2009. – Vol. 27, №30. –P. 4980–4985.
4. Extended follow-up and risk factors for disease reclassification in a large active surveillance cohort for localized prostate cancer / C.J. Welty [et al.] // Journal of Urology. – 2015. – Vol. 193, №3. – P. 807–811.
5. 10-Year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for localized prostate cancer / F.C. Hamdy [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2016. – Vol. 375. – P. 1415–1424.
6. Wilt, T.J. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer / T.J. Wilt, M.K. Brawer, K.M. Jones // New England Journal of Medicine. – 2012. – Vol. 367. – P. 203–213.
7. Mayo Clinic validation of the D'amico risk group classification for predicting survival following radical prostatectomy / S.A. Boorjian [et al.] // Journal of Urology. – 2008. – Vol. 179, № 4. – P. 1354–1361.
8. Predicting 15-year prostate cancer specific mortality after radical prostatectomy / S.E. Eggener [et al.] // Journal of Urology. – 2011. – Vol. 185, № 3. – P. 869–875.
9. The impact of anatomical radical retropubic prostatectomy on cancer control: the 30-year anniversary / J.K. Mullins [et al.] // Journal of Urology. – 2012. – Vol. 188, №4. – P. 2219–2224.
10. Long-term results of conformal radiotherapy for prostate cancer: impact of dose escalation on biochemical tumor control and distant metastases-free survival outcomes / M.J. Zelefsky [et al.] // International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. – 2008. – Vol. 71, № 4. – P. 1028–1033.

**УДК 616.24-002.3-089:001.895**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ПРОГРАММИРОВАННЫХ  
МИНИРЕТОРАКОТОМИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАКУУМ-  
АССИСТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ АБСЦЕССАХ ЛЕГКИХ**

***Ермашкевич С.Н., Петухов В.И., Кунцевич М.В.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Введение.** Выбор рациональной тактики и адекватного варианта хирургического лечения острых абсцессов легких продолжают оставаться актуальными проблемами

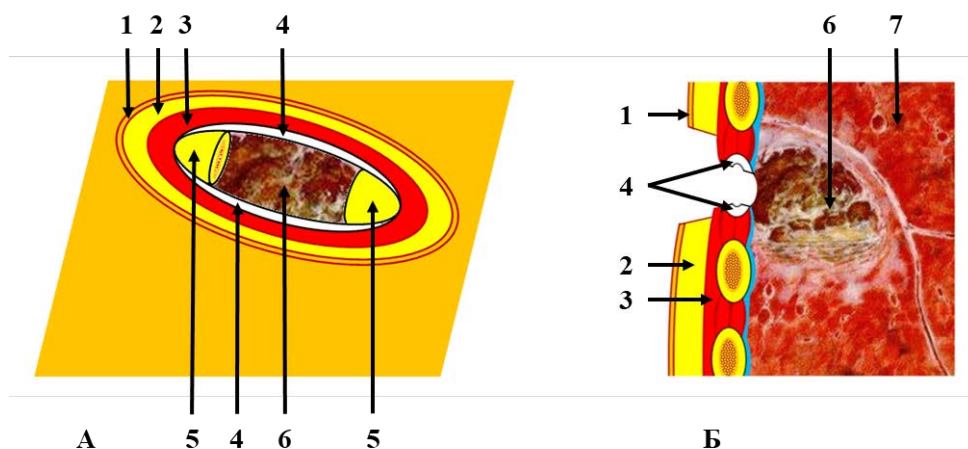
общей торакальной хирургии, требующими разработки и внедрения новых эффективных технологических подходов [1]. Вакуум-ассистированная терапия ран (Vacuum-Assisted Closure – VAC) является современной инновационной технологией, широко используемой и хорошо себя зарекомендовавшей при гнойно-воспалительных заболеваниях различной локализации [2]. В последние годы методы интраторакальной VAC-терапии активно внедряются для лечения эмпиемы плевры и острых инфекционных деструкций легких [3, 4]. В частности, применение мини-VAC-торакастомии при гангренозных абсцессах легких позволяет обеспечить эффективное лечение данной тяжелой патологии с использованием малоинвазивного и органосохраняющего подходов [1, 3, 5].

**Цель работы.** Проанализировать результаты применения разработанного метода программированных миниреторакотомий с использованием вакуум-ассистированной терапии при гангренозных абсцессах легких.

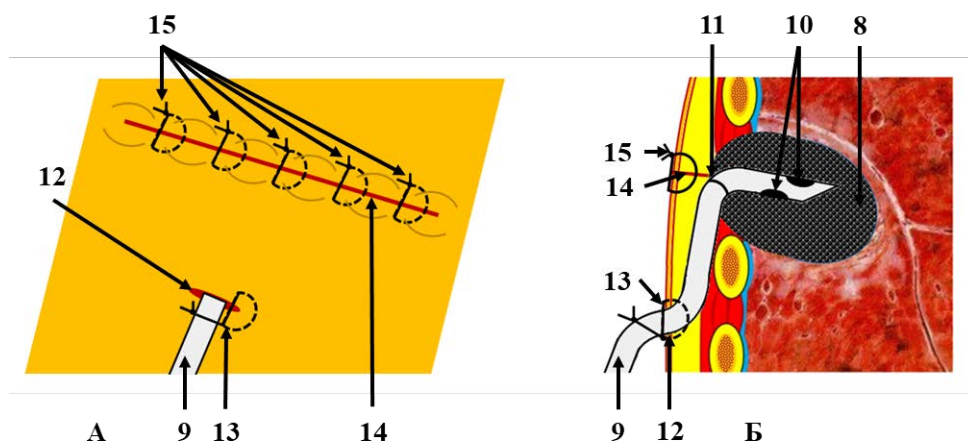
**Материал и методы.** В исследование включено 8 пациентов с острыми абсцессами легких: 7 мужчин и 1 женщина, в возрасте от 38 до 71 года (Me – 52,5 [42,5; 65,5] лет), находившихся на обследовании и лечении в торакальном гнойном хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» в период с января 2018 г. по ноябрь 2019 г. Длительность заболевания до момента поступления в отделение составляла от 2 до 4 недель (Me – 3 [2,5; 3] недели). В 5 наблюдениях были гангренозные абсцессы легкого, в 3 – абсцессы легкого больших размеров (более 5 см в диаметре) с недостаточным бронхиальным дренажем. Поражение локализовалось в правом легком в 7 случаях (верхняя доля – в 2, средняя – в 4, нижняя – в 1), в левом – в 1. Заболевание было осложнено эмпиемой плевры у 5 пациентов (I стадия – у 2, II – у 1, III – у 2), синдромом системного воспалительного ответа – у 4. Во всех случаях заболевание протекало тяжело, с резко выраженным интоксикационным синдромом. Все пациенты получали комплексную консервативную терапию, включающую введение антибактериальных и противовоспалительных препаратов, прием муколитиков, санации трахеобронхиального дерева, коррекцию сопутствующей патологии. В 3 наблюдениях по поводу эмпиемы плевры I и II стадии предварительно было выполнено дренирование плевральной полости.

Для лечения пациентов был разработан и применен метод программированных миниреторакотомий с использованием VAC-терапии (VAC-миниреторакотомии), заключающийся в следующем. Под общей анестезией с отдельной интубацией главных бронхов над ребром, ближе всего расположенным к гнойному очагу, на протяжении 5-6 см рассекали кожу и подкожную клетчатку, тупо разделяли и отводили мышцы. Выполняли поднадкостничную резекцию участка ребра длиной 4-5 см. Ложе ребра рассекали и иссекали прилежащую некротизированную легочную ткань, являющуюся наружной стенкой гнойно-некротической полости (рис. 1). В 2 наблюдениях при наличии прилежащей к очагу поражения осумкованной эмпиемы плевры ее полость вскрывали и санировали через тот же доступ. После удаления гноя, некротических тканей и секвестров полость абсцесса промывали растворами антисептиков. Через миниторакотомный доступ в имеющуюся остаточную полость укладывали соответствующих размеров и формы пенополиуретановую губку. Дренажную полихлорвиниловую трубку диаметром 5-10 мм с 2-3 боковыми отверстиями на конце проводили внутрь пенополиуретановой губки, фиксировали к ней швом и выводили через отдельный прокол грудной стенки, фиксировали дренаж швом к коже. Кожу и подкожную клетчатку миниторакотомной раны герметично сшивали одиночными узловыми швами и закрывали асептической повязкой (рисунок 2). Дренажную полихлорвиниловую трубку подключали через емкость для сбора жидкости к вакуумному насосу. В системе создавали разряжение в диапазоне от –75 до –125 мм рт. ст. При такой методике не требовалось использования дренажной трубки с коннектором и адгезивной герметизирующей пленки. Смену вакуумной повязки и последующие этапные санации гнойного очага проводили под общей анестезией после снятия швов с кожи (при миниреторакотомии). Объем устанавливаемой пенополиуретановой губки уменьшали соответственно изменившимся размерам

остаточной полости. После полного очищения и уменьшения размеров полости абсцесса при очередной санации в нее устанавливали дренажную трубку, миниторакотомную рану послойно ушивали. (Евразийская заявка на изобретение №201900065 от 18.02.2019 г.). Проводили активную аспирацию по дренажу до полной ликвидации полости.



**Рисунок 1** – Схема доступа к патологическому очагу (абсцессу легкого): А – вид снаружи; Б – вид на поперечном срезе (1 – кожа; 2 – подкожная клетчатка; 3 – мышцы; 4 – надкостница ребра; 5 – ребро; 6 – абсцесс легкого; 7 – легкое)



**Рисунок 2** – Схема установки вакуумной повязки: А – вид снаружи; Б – вид на поперечном срезе (8 – пенополиуретановая губка; 9 – полихлорвиниловая дренажная трубка; 10 – отверстия; 11 – шов, фиксирующий дренажную трубку к пенополиуретановой губке; 12 – контрапертура для дренажной трубки; 13 – шов, фиксирующий дренажную трубку к коже; 14 – послеоперационная рана; 15 – швы на кожу)

У 6 пациентов для временного и окончательного закрытия кожи миниторакотомной раны с целью улучшения эстетических результатов операции использовали непрерывный внутрикожный шов (рационализаторское предложение № 8, утв. УО «Витебский государственный медицинский университет» 20.03.2019 г.).

**Результаты и обсуждение.** Смену вакуумных повязок проводили с периодичностью 3-8 суток (Ме – 6 [5; 7] суток). Число вмешательств, с учетом первой операции, смен повязки и окончательной санации составило у 5 пациентов – 2, у 2 – 3, у 1 – 4 (Ме – 2 [2; 3]). В 2 случаях плевральную полость дополнительно дренировали: в 1 – по поводу экссудативного плеврита, в 1 – по поводу пневмоторакса. В 7 наблюдениях клинически отмечалось улучшение общего самочувствия пациентов и быстрый регресс

интоксикационного синдрома. По данным контрольных рентгенограмм и компьютерной томографии органов грудной клетки происходило быстрое уменьшение полости и перифокальной воспалительной инфильтрации в легком. В 7 случаях было достигнуто полное выздоровление с исходом полости распада легкого в линейный фиброз. В 1 случае при положительной динамике оперированной полости легкого у пациента развился сепсис, осложненный гнойным менингитом, на фоне панкреатогенного сахарного диабета, в стадии инсулинопотребности, и кахексии. Пациент умер в результате прогрессирующей полиорганной недостаточности. Длительность стационарного лечения после первого saniрующего вмешательства составляла от 15 до 55 дней (Me – 26 [21,5; 32] дней). Летальность составила 13%.

**Выводы.** Разработанный метод VAC-миниреторакотомии позволяет эффективно оказывать помощь пациентам с абсцессами легких, требующих хирургического лечения.

#### **Литература:**

1. Беньян, А.С. Новые технологии в хирургическом лечении пациентов с гангренозными абсцессами легких / А.С. Беньян, М.А. Медведчиков-Ардя // Тольяттин. мед. консилиум. – 2016. – № 3-4. – С. 7–12.
2. Effect of negative pressure wound therapy on wound healing / C. Huang [et al.] // Curr. Probl. Surg. – 2014. – Vol. 51, iss. 7. – P. 301–331.
3. Sziklavari, Z. Intrathorakale Vakuumtherapie beim Pleuraempyem und Lungenabszess / Z. Sziklavari, M. Ried, H.-S. Hofmann // Zentralbl. Chir. – 2015. – Vol. 140, №. 3. – P. 321–327.
4. Vacuum-assisted closure device: a useful tool in the management of severe intrathoracic infections / A. Saadi [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 91, iss. 5. – P. 1582–1589.
5. Sziklavari, Z. Vacuum-assisted closure therapy in the management of lung abscess / Z. Sziklavari, M. Ried, H.-S. Hofmann // J. Cardiothorac. Surg. – 2014. – Vol. 9. – P. 157.

**УДК 616.718:616.13-004.6-089**

### **РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩАЯ АУТОМИЕЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ТУННЕЛИРОВАНИЯ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ**

***Ерошкин С.Н., Фролов Л.А., Скоморощенко В.А.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Введение.** Частота облитерирующих заболеваний нижних конечностей, в настоящее время в возрастной группе старше 70 лет доходит до 15-20% [1]. Задача повышения качества лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) не теряет актуальности, так как именно по поводу данного состояния в мире выполняется до 90% ампутаций [2].

Существенное улучшение кровотока в пораженной конечности достигается применением методов рентгенэндоваскулярной хирургии или шунтирования магистральных артерий, в ряде случаев эффективны гибридные операции [3], однако, их использование ограничивается протяженностью окклюзионно-стенотических поражений [4]. С другой стороны, большинство пациентов с КИНК имеет сопутствующую сердечнососудистую недостаточность, дыхательную недостаточность, и другую патологию, что сдерживает активное применение операций открытого типа. В результате формируется значительный контингент пациентов, которому невозможно выполнить вмешательства, относящиеся к операциям «золотого стандарта».